

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

Année 1963.

POUR LE

N° 1095

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'UNIVERSITÉ

par

Albert LEMBERGIER

Né le 6 mai 1931 à Etterbeek (Bruxelles) Belgique

Présentée et soutenue publiquement le :

UTILISATION CLINIQUE D'UN NOUVEAU SALIDIURETIQUE

LA BENZTHIAZIDE OU P. 1393

Président : M. Maurice DEROT, Professeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

Année 1963.

POUR LE

N°

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'UNIVERSITÉ

par

Albert LEMBERGIER

Né le 6 mai 1931 à Etterbeek (Bruxelles) Belgique

Présentée et soutenue publiquement le :

UTILISATION CLINIQUE D'UN NOUVEAU SALIDIURETIQUE

LA BENZTHIAZIDE OU P. 1393

Président : M. Maurice DEROT, Professeur.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152023_0036

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN **Léon BINET.**

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } **Gaston CORDIER**

2^e ASSESSEUR } **Paul CASTAIGNE**

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	OLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin LEGER (L.)
	Cochin ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié CORDIER (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut MILLIEZ (P.)
	Broussais LENÈGRE (J.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SÈZE (S. de)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes) MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	GOUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUR (H.)
	{ LHERMITTE (F.)
	{ PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.) BARBIER (P.) pr. s. ch.
Bactériologie	CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRÜH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	GIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (C.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALLOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISSET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.)
Obstétrique	MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TROYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARGAT (J.) BINET (J.-P.) GERBONNET (G.) CHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) CAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREL (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOUENEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.		MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Pneumo phtisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale . . .	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
Clinique obstétricale . . .	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	{ BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	{ M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine		
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	
Bibliothécaire	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Epouse,

mon plus fidèle soutien durant
ces rudes années d'apprentissage.

A mes Parents

à qui je dois tant

A ma Soeur et son Mari.

A toute ma Famille, à mes Amis.

Aux Familles CULOT et DARDENNE.

A la mémoire de Madame DARDENNE et de Madame DELVAUX,

En souvenir reconnaissant des sombres
années de guerre, pour toute l'aide ma-
térielle et morale qu'ils m'ont apportées.

A tous mes Professeurs de l'Athénée de Saint-Gilles - Bruxelles -

qui ont su me montrer la voie.

A la mémoire de tous mes camarades d'enfance et

A ceux de ma famille morts en déportation ou tombés dans
la résistance contre l'ennemi.

A notre Président de Thèse :

Monsieur le Professeur Maurice DEROT

Professeur de Clinique médico-sociale du diabète
et des maladies de la nutrition.

Médecin des Hôpitaux.

Officier de la Légion d'Honneur.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

En hommage respectueux et reconnaissant.

Au Docteur Jean MILLOT,

Médecin-Chef de l'hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours,
Service de Médecine Hommes

Spécialiste en Cardiologie et Hématologie

qu'il veuille bien trouver ici l'expression de
notre gratitude et de nos remerciements pour
tous les conseils qu'il nous a donnés.

Au Docteur LEBouc,

Gastro-entérologue,

Assistant du service Médecine Hommes
à l'hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours

en remerciement de son aide et de la
bienveillance qu'il nous a témoignées.

Au Docteur MIROUX,

Attaché de Pathologie digestive du service Médecine Hommes
à l'hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours,

en remerciement pour sa gentillesse et
ses avis judicieux.

Aux Docteurs KERVAREC et FOUQUIER,

Service Médecine Femmes,

pour l'aide qu'ils nous ont apportée.

A tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris.

Aux Internes et Externes

qui m'ont aidé dans les différents
services hospitaliers.

Aux Laboratoires CLIN-PFIZER.

INTRODUCTION

Durant les quinze dernières années, de nombreux chercheurs en physiologie et biochimie ont approfondi l'étude des phénomènes au niveau de la sphère rénale, cette dernière conditionnant le primum movens de la bonne marche d'une série d'autres organes importants.

Tout n'est pas encore connu cependant, et si certains mécanismes, particulièrement complexes à l'échelle microscopique, suscitent encore différentes hypothèses sans solution définitive, les thérapeutes quant à eux peuvent se vanter d'avoir avancé largement dans le domaine de la "temporisation ou arrêt de certains processus morbides" et surtout de pouvoir soulager grandement certains malades, d'abord du point de vue symptomatique et même du point de vue organique. Si la guérison totale n'est pas encore le but atteint (et nous pensons aux inéluctables décompensations des cirrhoses de toute origine), au moins le malade voit-il son état transformé dans un sens désiré, et le médecin peut encore "chercher" grâce à ce sursis des moyens toujours nouveaux et peut-être meilleurs grâce à cette temporisation. Or en médecine plus qu'ailleurs, rémission et soulagement ne sont-ils pas les deux éléments de la trêve sur la maladie évolutive, qui en définitive aident l'homme à supporter son état ?

Aussi depuis la découverte des médications diurétiques, que de chemin parcouru ! depuis les composés mercuriels et les bases xanthiques (non encore rejetées dans l'ombre loin de là) l'apparition de substances sulfamidées apportèrent de nouveaux espoirs aux thérapeutes dans leur travail ;

évidemment, et c'est le but du progrès sur la découverte de nouvelles substances, les dernières en date, devraient a priori toujours posséder des avantages nouveaux et par la force des choses moins d'inconvénients. Pour un certain nombre de médecins le conservatisme dans l'arsenal thérapeutique classique est de bonne mise, mais les chercheurs, eux ne sont évidemment jamais saturés et poursuivent leur tâche, souvent ingrate, mais parfois chaudement récompensée.

B U T

Etant donné que les diurétiques sont largement utilisés dans de nombreuses affections et principalement en cardiologie, c'est d'abord dans ce domaine que sont allés nos essais cliniques ; les malades de cette spécialité payant un lourd tribut à cause des répercussions périphériques, c'est donc aux oedèmes des cardiaques que nous nous sommes attaqués en premier lieu, puis à ceux des cirrhoses, aux hypertensions, etc...

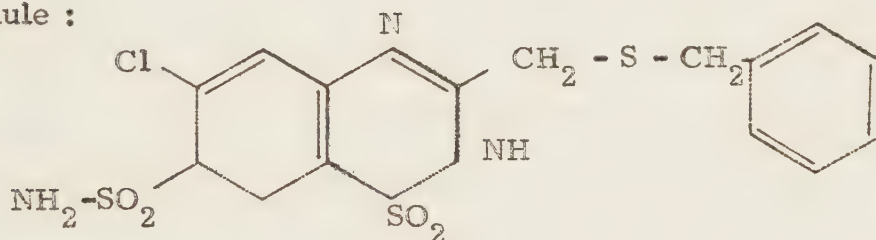
Dans la série des diurétiques classiques, un nouveau salidiurétique est apparu : la BENZTHIAZIDE (l'un des plus récents en date) et c'est à celui-là que nous nous sommes intéressés.

Nous allons résumer et faire connaître, dans l'état actuel de nos travaux le résultat de l'utilisation judicieuse et bien indiquée de ce produit sur certains syndromes assez fréquents requérant un traitement rapide et adéquat.

PHARMACOLOGIE ET ROLE

La BENZTHIAZIDE ou P - 1393 ou FOVANE ^{*} est le (phényl - 3, thia - 2, prophyl) - 3 chloro 6 dioxo - 1 sulfamonyl - 7 benzothi-
diazine 1, 2, 4.

En formule :



Le groupement SO₂ NH₂ est un groupement libre, caractéristique des inhibiteurs de l'anhydrase carbonique, mais en pratique la benzthiazide présente ce caractère secondairement.

C'est une poudre blanche, amère, insoluble dans l'eau et le chloroforme, soluble dans l'acide acétique et l'alcool.

Effet primordial : diurétique dont l'action est apparentée à celle des diurétiques mercuriels (voir plus loin)

L'étude en a été effectuée sur de nombreux animaux : chiens, rats ; on a pratiqué les mesures des volumes urinaires, le taux du sodium, du potassium, du chlore excrétés durant les (5) heures suivant l'administration. La comparaison en a été faite avec le diurilix, l'un des plus utilisés jusqu'ici.

Résultat de cette étude comparative :

- a) - action plus puissante sur l'élimination du sodium et du chlore.
Quant à l'élimination du potassium, ici l'action est comparable pour les deux produits. (Il faudra donc toujours donner du K, mais c'est un inconvénient mineur, et qui existe avec tous les diurétiques de cette famille).
- b) - l'élimination du produit est rapide et prolongée, (d'où l'intérêt d'une administration plutôt matinale).
- c) - l'action sur l'excrétion rénale et la réabsorption électrolytique a été vérifiée par l'étude intraveineuse et des perfusions continues de 0,50 mg/kg/heure ; on a également mesuré le débit rénal, la vitesse de filtration glomérulaire par la clearance créatinique et la détermination des teneurs du plasma en Na, K, Cl et bicarbonates, le pH urinaire et plasmatique, les vitesses d'excrétion des électrolytes et enfin l'inhibition de la résorption des différents ions au niveau des tubes contournés.

En résumé : la Benzthiazide a comme action essentielle :

- l'inhibition de la réabsorption tubulaire
- la résorption des bicarbonates et du K est diminuée, mais beaucoup moins qu'avec le diurilix ; les effets salidiurétiques se manifestent dix minutes après l'injection.

L'action inhibitrice sur l'anhydrase carbonique est une action secondaire.

Toxicité : très peu importante. Des expériences sur des chiens faites avec une dose de 5 000 mg/kg, soit mille fois la dose thérapeutique, et ce ~~durant un~~ mois, ont montré une sécrétion nasale, oculaire, des contractures abdominales, une diminution du diamètre pupillaire.

MODE D'ACTION.

Inhibition de la réabsorption tubulaire des différents électrolytes ; cette action est apparentée aux diurétiques mercuriels surtout et secondairement sur l'inhibition de l'anhydrase carbonique, mais et ceci est important,

cette action est NON toxique ; le produit se prend per os et est très maniable ; on ne note pas d'acidose, donc différence d'avec le diamox.

Il provoque rapidement, de façon intense et relativement prolongée une élimination des ions Cl et Na. Selon Warembourg et Lekieffre, dans 88 % des cas on assiste à une augmentation notable du Na urinaire. L'activité maxima se manifeste dans les six heures, puis diminue fortement, d'où tranquillité nocturne si la dose est prise le matin.

INDICATIONS MAJEURES +++

1 - Les oedèmes chez les cardiaques (insuffisance aiguë ou chronique)

action rapide : de 2 à 5 heures après l'administration. On peut diminuer la digitaline et modérer le régime déchloruré ; son rôle est peu offensif et répétons-le l'action est prolongée.

Posologie d'attaque : 100 mg (ou 2 comprimés) dans les cas moyens
200 mg (ou 4 comprimés) dans les cas sévères
le traitement sera discontinu : 3 jours, puis 3 jours de repos.

Posologie d'entretien : 25 à 100 mg (1/2 à 2 comprimés) par jour, et ce un jour sur deux.

Ensuite dans l'hypertension artérielle sans insuffisance rénale grave, comme adjuvant au traitement par les hypotenseurs classiques ; de plus, il potentialise l'effet des ganglioplégiques ; on en donnera 1/2 comprimé par jour au début ensuite, un comprimé.

2 - en néphrologie : parfois dans les oedèmes rénaux (discutable) car l'insuffisance rénale, reconnue, est une contre-indication de principe.

3 - en hépatologie : dans les oedèmes cirrhotiques, avec ici des contrôles biologiques sévères et assez fréquents.

Dose : 1 à 2 comprimés tous les 2 jours et avec du K ; on peut utiliser ici une technique spéciale : surcharger avec du K préa-

labilement au traitement, par exemple 4 à 6 g de Cl K par jour durant 8 jours (faire cependant un ECG de contrôle).

- 4 - dans l'obésité (spongieuse) à dose faible : soit 1/2 à 1 comprimé durant 3 jours par semaine.
- 5 - dans les oedèmes d'application thérapeutique (les stéroïdes notamment)
- 6 - dans l'amylose rénale
- 7 - dans le diabète insipide
- 8 - les épanchements des cancéreux
- 9 - les oedèmes de carence
- 10 - réduction de l'hypercalciurie des lithiasiques, des poussées évolutives du Paget et dans les ostéoporoses, en l'associant au Ca et vit. D₂.

TOLERANCE courtes cures (15 jours) 4 jours par semaine ou 2 jours sur 4 ; donner du K : 1 à 2 g par jour.

On ne note pas d'incident, d'où différence d'avec l'emploi des sulfamides salidiurétiques classiques. La tolérance est excellente +++ . L'action sur l'équilibre électrolytique est très satisfaisante ; pas ou peu d'hypokaliémie ; peu d'alcalose hypochlorée ; pas de troubles hématologiques, ni d'altération de la clearance rénale ; pas ou peu d'élévation de l'azotémie.

Conclusion : produit non toxique
diurèse équilibrée
action constante, intense, rapide (2 heures après l'ingestion) prolongée
(action diurne de 12 à 18 heures)
maniable (25 à 200 mg).

OBSERVATIONS CLINIQUES PERSONNELLES.

Toute l'étude sur nos malades a été effectuée à l'hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours à Levallois, services de cardiologie, médecine hommes et femmes, secondairement médecine générale, et quatre cas en dehors de l'hôpital.

1er Cas : cardiaque ; diagnostic : insuffisance cardiaque

Monsieur D. GIOVANI, 60 ans, entré le 28 mai 1963, sorti le 5 juillet 1963.

Ancien tuberculeux, infarctus du myocarde, entre pour :

diagnostic : dyspnée d'effort avec oedèmes des membres inférieurs, diminués par le décubitus, oligurie depuis 15 jours, tachycardie sinusale à 95 % avec arythmie extrasystolique, avec galop présystolique et souffle holosystolique apexien ; aux poumons : quelques râles sous-crépitaux, sibilants, des roncus et une respiration emphysémati-
teuse, perte d'appétit, T.A. : 9/7.

Traitement : Benzthiazide (2 à 3 comprimés par jour) 3 jours par semaine

K : 1 g.	cédilanide
tromexane	carena
actiphos	régime désodé

Evolution : puis sortie : bons résultats sur la diurèse et la disparition des oedèmes respiration améliorée, n'a plus de dyspnée à sa sortie et meilleur appétit.

Poids à l'entrée : 45,8 kg
 Poids à la sortie : 46,7 kg
Bilan biologique : ionogramme en méq.

	<u>29.5.63</u>	<u>14.6.63</u>	<u>22.6.63</u>	<u>4.7.63</u>
Cl	101	101	102	102
Na	133	132	131	132
K	5,1	4,6	4,9	4,7
RA	24	32	31	31
urée s.	0,45	0,36	0,34	0,40
Delta cry.	0°57	0°56	0°57	0°57

Numération, formule sanguine : G.R. 5.050.000 Eosinophiles : 4

G.B. 4.800

Test d'Addis : entrée vers 15,6 sortie
 756 897 901

Vitesse de sédimentation : 9/24 et 8/21

Tests hépatiques : normaux

Albuminurie : 0

Diurèse par 24 heures (en litre)

	1ère semaine	2ème semaine	3ème semaine	4ème semaine	5ème semaine
1	1300	1700	1500	2200	1700
2	1000	1400	2500	2200	1600
3	1700	1500	2000	2200	2000
4	1200	1400	1500	1700	2000
5	1200	1500	2000	1600	1800
6	1100	1000	1500	1800	1700
7	900	1700	1800	1700	1800

L'étude de la courbe d'urine a été de façon générale la plus difficile, due à des causes indépendantes de notre volonté, et principalement la négligence et l'indocilité de certains malades.

2ème cas

Monsieur W. Gustave, 75 ans, entré le 30 mai 1963, sorti le 20 juin 1963. Ancien infarctus du myocarde, thyroïdectomisé.

Diagnostic et signes cliniques : bronchite chronique avec insuffisance respiratoire de type emphysémateux ; à chaque saison d'hiver : expectoration permanente blanchâtre, toux, peu de fièvre, oligurie, quelques douleurs précordiales ; à l'examen : roncus et râles sibilants, coeur rapide.

<u>Traitement</u> :	inophylline	tifomycine
	cedilanide	Fovane (2 comprimés 3 jours par semaine) + 1 g K
	carena	régime désodé

Evolution : amélioration sensible, diurèse augmentée chez un broncho-pneumopathe chronique dyspnéisant.

Bilan général : ionogramme en méq.

	<u>28.5.63</u>	<u>14.6.63</u>	<u>20.6.63</u>
Cl :	95	100	101
Na :	130	132	130
K :	4,2	4,3	4,8
RA :	26	31	29
Urée s :	0,40	0,50	0,45
Delta C.	0°55	0°56	0°56
Glycémie	N	N	N

Vitesse de sédimentation : 8/20

Test d'Addis : 305

Complet hépatique : Normal

Poids à l'entrée : 73,9 Kg

Albuminurie : 0

Poids à la sortie: 72,8 Kg

Diurèse en 24 heures.

	<u>1ère</u> <u>semaine</u>	<u>2ème</u> <u>semaine</u>	<u>3ème</u> <u>semaine</u>
1	800	1200	1300
2	900	1900	1700
3	1000	2000	1500
4	1500	1800	2000
5	1400	1800	2100
6	1100	2000	2700
7	1300	1900	2000

Nous avons augmenté la dose de Fovane de 1 comprimé.

<u>Diurèse</u>	1ère semaine	2ème semaine
1	600	1500
2	800	1600
3	1400	1600
4	1400	1500
5	1700	1600
6	1400	1700
7	1200	1500

4ème cas.

Monsieur B. Jacques, 70 ans, entré le 22 juin 1963, sortie le 22 juillet 1963.

Diagnostic : insuffisance respiratoire, ancien infarctus, insuffisance cardiaque, cataracte, entre pour dyspnée asthmatiforme, oligurie, mauvais état général, pas d'oedème, très anxieux.

Traitement : soneryl phénobarbital
 théophilline I.V. équanil
 cedilanide Fovane (2 comprimés 3 jours) + K 2 g
 papavérine régime désodé.

Evolution : amélioration moyenne de l'état général, sort moins dyspnéique, diurèse augmentée, part avec le même traitement pour une très longue convalescence.

Poids à l'entrée : 49 kg T.A. 16/10
Poids à la sortie : 47 kg T.A. 15/8

Bilan général : ionogramme

	<u>20.6.63</u>	<u>23.6.63</u>	<u>15.7.63</u>	<u>19.7.63</u> sortie
Cl	104	101	98	101
Na	132	132	132	132
K	4,2	4,1	4,4	4,5
RA	24	27	31	23
urée s.	0,38	0,30	0,36	0,32
glycémie	0,82			
delta c.	0°56	0°56	0°56	0°55

Tests d'Addis : 26 juin : 2.400 hématies - minute Nous constatons une légère
15 juillet : 3.200 augmentation sans grande
signification.

Vitesse de sédimentation : 24 juin : 38 - 71
15 juillet : 12 - 31

Ponction sternale : Normale

Numération : normale

EC.G. signes anciens d'infarctus

Na urinaire : 25 juin : 800 cm³ : 0,750 g/litre soit 0,600 g/24 heures
17 juillet : 600 cm³ : 0,42 g/litre ou 0,250 g/24 heures

Ici, nous constatons une discordance des chiffres, due à une erreur de laboratoire.

Diurèse	1ère semaine	2ème semaine	3ème semaine	4ème semaine
1	600	1200	1000	1200
2	900	1000	900	1100
3	500	800	1200	1600
4	1000	700	800	1600
5	800	1000	800	
6	1500	900	900	
7	1200	1000	1300	

5ème cas.

Monsieur P. Jean, 61 ans, entré le 30 mai 1963, sorti le 15 juin 1963.

Diagnostic : sclérose hépatique (cirrhose) sans décompensation.

<u>Traitement</u> :	Vitamine B	K 1 g
	cortancyl	équanyl
	régime désodé	vitamine C
	Fovane 2 c.	extrait hépatique
	pénicilline	

Evolution : incontestable amélioration, oedèmes disparus, appétit revenu, bonne diurèse, bon résultat.

Bilan : vitesse de sédimentation : 10/35 T.P. : 72 %

numération : normale

poids à l'entrée : 70 kg

poids à la sortie : 68,700 kg

électrophorèse : augmentation des gamma globulines (36), légère diminution des albumines (47 %).

glycémie : normale - bilirubine : 36 mg - Hanger ++

test d'Addis : 460 et 446 à la sortie

Ionogramme :	31 mai	11 juin
Cl	110	106
Na	137	135
K	4, 2	4, 6
RA	27	27
urée	0, 35	0, 28
glycé- mie	0, 98	1, 03
delta C	0° 58 c	0° 58

Ponction sternale : normale

<u>Diurèse :</u>	1ère semaine	2ème semaine
1	600	900
2	600	1200
3	800	1200
4	800	1600
5	1200	1500
6	1100	1700
7	1000	1700

6ème cas.

Monsieur P. Louis, 63 ans, entré le 19 juin 1963, sorti le 14 juillet 1963.

Diagnostic : hypertension artérielle permanente et éthylisme.

Signes cliniques : H T A (18.9), à la sortie (15.9), asthénie, perte de l'appétit, fourmillements aux extrémités, diarrhée, bronchitique, insuffisance hépatique, souffle systolique.

Traitement : halopéridol extrait hépatique
 Becilan reserpine
 Fovane (2 comprimés tous les deux jours) et K, puis
3 jours durant.

Evolution : résultat médiocre en raison de la mauvaise volonté du patient, mais diurèse augmentée à la sortie. Evolution inexorable, sûrement hâtée par l'indocilité du malade.

Poids à l'entrée : 74,900 kg

Poids à la sortie : 73,200 kg.

Ionogramme :

	28.6.63	8.7.63	Test d'Addis : 890 et 895
Cl	104	110	Numération normale
Na	135	135	Vitesse de sédimentation
K	4,4	4,4	: 10/30
RA	29	27	Complet hépatique : bilirubine
urée	0,32	0,28	: 17
glycémie	1,15	0°59	Albumine : 42
delta	0°57		Globulines : 28
			mais Hanger (-)

Na urinaire : 1er juillet : 2200 ml soit 1,10 g/litre, soit 2,42 g/24 heures
11 juillet : 3000 ml " 1,87 g/litre " 5,60 g/24 heures.

Diurèse :

	1ère semaine	2ème semaine	3ème semaine
1	1500	1800	2000
2	1600	1500	1600
3	1800	1600	2100
4	1500	1200	2200
5	1500	1500	2300
6	1600	2000	2400
7	1600	1500	2300 à la sortie.

7ème cas.

Monsieur R. Léon, 68 ans, entré le 10 juin 1963, sorti le 23 juillet 63.

Diagnostic : cirrhose éthylique, non décompensée.

Signes cliniques : ascite, oedèmes des membres inférieurs, circulation collatérale, appétit conservé, subictère, constipation importante, oligurie. A l'entrée : crampes dans les mollets, pas d'hématémèse, ni de moelena, reflexe rotulien droit aboli, candidose digestive, gros foie, petites varices de la langue et de l'oesophage, pas de fièvre.

<u>Traitement</u> : d'abord en ville :	cortancyl	hygroton	Vitamine B
	CL K	régime désodé	
dans le service :	princi B		serum glucosé
	extrait hépatique		au début novurit (3 jours)
	soludécadron		puis Fovane 2
	arginine		à 3 comprimés
	hyperprotidine		3 jours par semaine et Cl K
	(essai d'un Kempner quelques jours)		charge préalable (5 jours) 4 à 6 g puis 2 g (en comprimés et sirop)

Evolution : après un démarrage lent, stabilisation temporaire avec regression des oedèmes et de l'ascite, mais non totalement ; le malade sortira cependant avec le même traitement mais quelques semaines après, décès par coma hépatique. Le malade a attendu trop longtemps son hospitalisation.

Voici cependant ce que nous avons recueilli :

Bilan :

<u>Vitesse de sédimentation</u> :	12.6.63	24.6.63	20.7.63
	18/46	11/27	10/25

Numération : G.R. : 3.580.000

G.B. : 5.140

Test d'Addis : 2566 - 2600 - 2602 - 2650

T.A. : 13/8

E.C.G. : Normal

TP : 66 %

Complet hépatique : perturbé (bilirubine : 20) Hanger ++ puis +
albumine : 23 acide urique : 45 mg
thymol : 21

Na urinaire :

13 juin : 1350 cm³ d'urine ; 0,130 g/litre soit 1,80 g/24 heures

1er juillet : 700 cm³ ; 0,010 g/litre soit 0,007/24 heures

(sous régime de Kempner et après ascite)

17 juillet : 900 cm³ 0,175 g/litre soit 0,157 g/24 heures

K urinaire (la seule fois) 4,30 g/litre soit 3,84/24 heures

Poids pratiqué assez souvent :

- 82,600 Kg.
- 85,500 Kg.
- 82, " " Kg.
- 82,200 Kg.
- 80,600 Kg.
- 78,900 Kg.
- 79,500 Kg.
- 79,400 Kg.
- 79,800 Kg.
- 84,600 Kg.
- 84,500 Kg.

Ionogramme

	<u>12.6.63</u>	<u>17.6.63</u>	<u>21.6.63</u>	<u>28.6.63</u>	<u>5.7.63</u>	<u>11.7.63</u>	<u>16.7.63</u>	<u>20.7.63</u>
1	98	101	99	96	99	104	99	96
NA	130	132	130	130	126	128	129	130
	2,4	4,2	2,7	2,9	4,4	4,4	3,7	5,1
CA	29,5	30	31	33,5	24	26,8	28	22
rée	0,32	0,20	0,20	0,36	0,36	0,28	0,28	0,50
lycé-	1,02	N	N	N	N	N	N	N
nie								
delta	0°55	0°57	0°56	0°55	0°55	0°56	0°55	0°51

Diurèse

	1ère semaine	2ème semaine	3ème semaine	4ème sem. sous	5ème semaine Kempner	6ème semaine
1	800	2000	3500	1100	900	2300
2	900	1800	1500	600	1100	2000
3	1500 (fovane)	2400	1300	700	1000	1500
4	1300	1900	1600	600	2000	1400
5	1600	4000	2850	500	1700	1200
6	2000	3200	2700	800	1600	1500
7	1800	3250	1700	500	1700	1600

8ème cas.

Monsieur B. Auguste, 62 ans, entré le 8 juin 1963, sorti le 19 juillet 63.

Diagnostic : cirrhose ascitique d'origine x (peut-être éthylique).

Signes cliniques : ascite depuis, 3 mois, subictère, perte d'appétit, amaigrissement (7 kg), purpura médicamenteux aux membres inférieurs, crises douloureuses abdominales fréquentes, fièvre, asthénie, intense, abdomen augmenté de volume, matité déclive, signe du flot, pas de circulation collatérale, ganglion cervical droit, reflexes achilléens abolis des deux côtés.

<u>Traitement</u> :	Princi B	rimifon ?
	vitamine C	extrait hépatique
	pénicilline	pyridoxine
	cortancyl	fovane (1 comprimé au début, puis 2 et 2 g de K)
	streptomycine	régime désodé

Evolution : diminution de l'ascite et reprise de poids légère, l'appétit est très moyen scrt fatigué, résultat médiocre, diurèse peu améliorée, malgré la disparition de l'ascite.

Bilan :

Vitesse de sédimentation : 67/92 puis 68/90
40/71 20/50 et 15/35

numération : normale

fer sérique : 42 gamma

rectoscopie : normale

test d'Addis : innombrable avant l'emploi du fovane, c'est pour cette raison que l'on a commencé avec 1 comprimé ; par la suite Addis inchangeable ou presque.

T.S. : 2 m 30

T.C. : 6 m

urée : 0,60 (à peu près les mêmes chiffres par la suite)

Liquide d'ascite : rivalta + (albumine 25 g/litre)

complet hépatique : perturbé : Hanger ++

cholestérol total : 1,30

cholestérol estérifié : 0,76

coproculture : germe dominant : colibacille non pathogène

exploration fonctionnelle rénale : à peine perturbée

Na urinaire : 500 cm3 : 2 g/litre ou 1 g/24 heures

peu d'augmentation par la suite

Ionogramme :

	<u>7 juin</u>	<u>9 juillet</u>
Cl	107	115
Na	139	137
K	6	5,4
RA	25	19
Glycémie	1,08	-
Delta	0°59	0°59

... ..
... ..
... ..

...

... ..
... ..

... ..

... ..

... ..

... ..
... ..
... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..
... ..

... ..
... ..

... ..
... ..

... ..
... ..

Diurèse : difficile à obtenir chez ce patient indocile.

A l'entrée 500 cc puis variation autour de 1000 à 1500

Poids : 73,800 Kg et 74,200 à sa sortie

Résultat peu satisfaisant.

9ème cas.

Monsieur de S. A., entré le 27 juin 1963, sorti le 20 juillet 1963.

Diagnostic : cancer de la prostate, en stabilisation, mais

Signes cliniques : entre pour des oedèmes dus à un surdosage du Distilbène et un excès de régime alimentaire (charcuterie etc...)

Traitement : distilbène (4 dragées), neutraphylline P P

régime désodé et Fovane (2 comprimés 3 jours par semaine)
et K 2 g.

Evolution : régression complète des oedèmes, débacle urinaire et maintient d'une bonne diurèse, perte de poids : à l'entrée : 63 Kg, puis 59,200 Kg, puis 55,900 Kg, 56,150 Kg ressort : 58 Kg.

T.A. : 16/9 ; donc bon résultat.

Le malade sort avec le même traitement (mais 1 comprimé de Fovane tous les 2 jours et 1 g de K).

Bilan :

phosphatases alcalines : 17,5 Unités Bodanski

phosphatases acides : 21 " S.

Ionogramme :

	<u>28 juin</u>	<u>8 juillet</u>	
Cl	105	103	
Na	133	130	
K	4,5	4,7	
RA	26	24,7	
urée	0,35	0,60	cette observation est l'un des rares cas où l'on ait constaté une élévation de l'urée sanguine.
glycémie	0,95	-	
delta	0°56	0°56	

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

DEPARTMENT OF CHEMISTRY

RESEARCH REPORT

1950

1951

1952

1953

1954

1955

1956

1957

1958

1959

1960

1961

1962

1963

1964

1965

1966

1967

1968

1969

1970

1971

1972

1973

1974

Test d'Addis : 2 juillet 8 juillet
 1733 2088

Examen cytobactériologique le 3 juillet

leucocytes : rares

hématies : rares

Na urinaire : 1er juillet 20 juillet
 2750 ml d'urines : 1700 ml
 1,35 g/litre, soit 1,10 g/litre, soit
 2,90 g/24 heures 1,65 g/24 heures.

Diurèse : 24 heures

	1ère semaine	2ème semaine	3ème semaine	4ème semaine
1	1500	2300	2500	2500
2	1800	2500	2200	2250
3	3100	2800	2100	2000
4	2200	2900	2200	
5	2500	2800	2200	
6	2750	2800	2200	1700
7	2500	2700	2500	

10ème cas.

Monsieur P. Jacques, 33 ans, entré le 21 juin 1963, sorti le 9 juillet 1963.

Diagnostic : tuberculose pulmonaire commune chez un diabétique. C'est le premier cas particulier, dans lequel nous avons utilisé le Fovane dans un but déplétif pour contrebalancer la charge en P.A.S. Nous n'avions jusqu'à ce jour constaté dans la littérature médicale aucune expérimentation semblable.

Signes cliniques : asthénie, amaigrissement, quelques sueurs, une glycémie instable, pas d'atteinte rénale (à l'exploration fonctionnelle : image de cavité pulmonaire droite incontestable, BK +

Traitement : P.A.S. I.V.

I.N.H. I.V. et per os

1 g de strepto pentothénique

insuline

novo P Z et ordinaire

Fovane (2 comprimés, 3 jours par semaine courte cure) et 2 g de K

Journal of Interpersonal Violence 26(10) 1978-1997
© The Author(s) 2011
Reprints and permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

1. 1990年12月25日，在“九七”香港回归前，香港各界人士纷纷发表文章，讨论香港回归后的前途。其中，有人主张“一国两制”，有人主张“完全统一”，有人主张“保持现状”。

Journal of Management Studies, 19(6), 701-718.

100

Evolution : diabète difficile à équilibrer, bonne diurèse ; le malade, hélas, sort trop tôt et nous devons nous en tenir aux résultats acquis.

Bilan : numération F.S. : normale

urée : 0,42 à l'entrée

poids : stationnaire, aux environs de 60,100 Kg.

test d'Addis : 21 juin 26 juin

330 370

glycémie : 26 juin 29 juin 2 juillet

3,12 1,12 1,72

urée urinaire : 28 juin

2900 ml d'urines : 10 g/litre, soit 29 g/24 heures.

Ionogramme

	<u>24 juin</u>	<u>1er juillet</u>
Cl	105	101
Na	130	133
K	4	4
RA	25	29
urée	0,45	0,40
glycémie	1,32	1,92
delta	0°56	0°56

Na urinaire le 25 juin : 1750 ml : 2,62 g/litre soit 4,58 g/24 heures

Complet hépatique : normal

Glycosurie de 24 heures : 6 à 12 heures : examen

12 à 18 heures : 26 g/litre soit 36,4 g (pour 1400 ml)

12 à 6 heures : 26 g/litre soit 44,2 g (pour 1700 ml)

Diurèse :

	1ère semaine	2ème semaine	3ème semaine
1	1200	3600	1500
2	2000	2900	1700
3	2250	2400	2600
4	1800	2400	2400
5	1600	2500	2100
6	1700	2300	1990
7	2400	2000	-

11ème cas.

Monsieur S. Mamadou (africain), 32 ans, entré le 19 juin 1963, sorti le 22 juillet 1963.

Diagnostic : tuberculose pulmonaire. Egalement dans ce cas, nous avons appliqué un traitement par le Fovane pour contre-balancer l'effet de surcharge inutile du P.A.S.

Signes cliniques : altération de l'état général, amaigrissement, sueurs, asthénie, grosse image cavitaire, BK - mais la fièvre a chuté et l'état général s'est sensiblement amélioré par le traitement classique.

<u>Traitement</u> :	vitamine C	I.N.H. I.V. et per os
	princi B	Fovane (2 comprimés 3 jours).
	P.A.S. I.V.	K 2 g.

Evolution : le malade part pour une maison spécialisée afin de poursuivre durant des mois le même traitement. Il sort très amélioré.

Poids à l'entrée : 83 kg, puis 84,700 kg, 86,500 kg, 88,300 kg

Bilan : numération : au début augmentation des G.B. à 11.000
éosinophiles : 11
puis retour rapide à la normale.

test d'Addis :	<u>24 juin</u>	<u>27 juin</u>	<u>15 juillet</u>
	2300	3750	2480

vitesse de sédimentation : 30/82, puis à la sortie : 10/31

complet hépatique : normal

électrophorèse : légère augmentation des gammas globulines

Na urinaire :	<u>25 juin</u>	<u>30 juin</u>	<u>16 juillet</u>
	1700 ml d'urines	3000 ml	3000 ml
	2,10 g/litre	2,15 g/l.	2,20 g/litre
soit	3,57 g/24 heures	6,45 g/24 h.	6,60 g/24 h.

THEORY

The first part of the theory is the definition of the

the second part is the definition of the

the third part is the definition of the

the fourth part is the definition of the

the fifth part is the definition of the

the sixth part is the definition of the

the seventh part is the definition of the

the eighth part is the definition of the

the ninth part is the definition of the

the tenth part is the definition of the

the eleventh part is the definition of the

the twelfth part is the definition of the



Diagram illustrating the structure of the system.

The following table provides a detailed description of the system components and their interactions.

Component	Description	Function	Location
1.0	System Overview	Provides a high-level overview of the system architecture and its components.	Section 1.0
1.1	System Architecture	Describes the overall architecture of the system, including the main components and their interactions.	Section 1.1
1.2	System Components	Details the individual components of the system, including their functions and how they interact with each other.	Section 1.2
1.3	System Configuration	Provides information about the system configuration, including the hardware and software requirements.	Section 1.3
1.4	System Installation	Describes the steps involved in installing the system, including the required tools and resources.	Section 1.4
1.5	System Maintenance	Provides information about the system maintenance, including the required tools and resources.	Section 1.5

System Overview

The system is designed to provide a comprehensive overview of the system architecture and its components. It includes a detailed description of the system architecture, including the main components and their interactions. The system is designed to be flexible and scalable, allowing for the addition of new components and the modification of existing ones. The system is also designed to be secure, with robust security measures in place to protect the data and the system itself. The system is designed to be easy to use, with a user-friendly interface that allows users to interact with the system in a simple and intuitive way. The system is designed to be reliable, with a high level of uptime and a robust backup and recovery mechanism. The system is designed to be cost-effective, with a low total cost of ownership and a high return on investment. The system is designed to be future-proof, with a flexible architecture that allows for the integration of new technologies and the adaptation to changing requirements. The system is designed to be a central hub for all system-related information, providing a single point of access for users and administrators alike. The system is designed to be a valuable tool for managing the system and its components, providing a clear and concise overview of the system's status and performance. The system is designed to be a key component of the system's overall architecture, providing a solid foundation for the system's operation and growth. The system is designed to be a critical part of the system's infrastructure, providing the necessary support and resources for the system's successful operation. The system is designed to be a vital part of the system's overall strategy, providing a clear and concise overview of the system's goals and objectives. The system is designed to be a key part of the system's overall success, providing a solid foundation for the system's future growth and development. The system is designed to be a central part of the system's overall architecture, providing a clear and concise overview of the system's status and performance. The system is designed to be a valuable tool for managing the system and its components, providing a clear and concise overview of the system's status and performance. The system is designed to be a key component of the system's overall architecture, providing a solid foundation for the system's operation and growth. The system is designed to be a critical part of the system's infrastructure, providing the necessary support and resources for the system's successful operation. The system is designed to be a vital part of the system's overall strategy, providing a clear and concise overview of the system's goals and objectives. The system is designed to be a key part of the system's overall success, providing a solid foundation for the system's future growth and development.

The system is designed to be a central hub for all system-related information, providing a single point of access for users and administrators alike. The system is designed to be a valuable tool for managing the system and its components, providing a clear and concise overview of the system's status and performance. The system is designed to be a key component of the system's overall architecture, providing a solid foundation for the system's operation and growth. The system is designed to be a critical part of the system's infrastructure, providing the necessary support and resources for the system's successful operation. The system is designed to be a vital part of the system's overall strategy, providing a clear and concise overview of the system's goals and objectives. The system is designed to be a key part of the system's overall success, providing a solid foundation for the system's future growth and development. The system is designed to be a central part of the system's overall architecture, providing a clear and concise overview of the system's status and performance. The system is designed to be a valuable tool for managing the system and its components, providing a clear and concise overview of the system's status and performance. The system is designed to be a key component of the system's overall architecture, providing a solid foundation for the system's operation and growth. The system is designed to be a critical part of the system's infrastructure, providing the necessary support and resources for the system's successful operation. The system is designed to be a vital part of the system's overall strategy, providing a clear and concise overview of the system's goals and objectives. The system is designed to be a key part of the system's overall success, providing a solid foundation for the system's future growth and development.

The system is designed to be a central hub for all system-related information, providing a single point of access for users and administrators alike. The system is designed to be a valuable tool for managing the system and its components, providing a clear and concise overview of the system's status and performance. The system is designed to be a key component of the system's overall architecture, providing a solid foundation for the system's operation and growth. The system is designed to be a critical part of the system's infrastructure, providing the necessary support and resources for the system's successful operation. The system is designed to be a vital part of the system's overall strategy, providing a clear and concise overview of the system's goals and objectives. The system is designed to be a key part of the system's overall success, providing a solid foundation for the system's future growth and development. The system is designed to be a central part of the system's overall architecture, providing a clear and concise overview of the system's status and performance. The system is designed to be a valuable tool for managing the system and its components, providing a clear and concise overview of the system's status and performance. The system is designed to be a key component of the system's overall architecture, providing a solid foundation for the system's operation and growth. The system is designed to be a critical part of the system's infrastructure, providing the necessary support and resources for the system's successful operation. The system is designed to be a vital part of the system's overall strategy, providing a clear and concise overview of the system's goals and objectives. The system is designed to be a key part of the system's overall success, providing a solid foundation for the system's future growth and development.

électrophorèse : perturbée : albumine : 46 (chute)
gammas globulines augmentées

acide urique : 52 mg/litre

Na urinaire : (8 juin) 0,325 g/litre soit 0,130 g par 24 h. pour 500 ml.

Test d'Addis : 7 juin 20 juin

pouls : 80 500 540

T.A. : 17/9

V.S. : 12/38

complet hépatique : perturbé : bilirubine 18 mg

Hanger ++

Ionogramme :

	<u>4 juin</u>	<u>20 juin</u>
Cl	107	105
Na	137	134
K	3,4	4,1
RA	22	26
urée	0,20	0,25
glycémie	1,05	1,15
delta C.	0°57	0°57

Diurèse : (médiocre)

	<u>1ère</u> <u>semaine</u>	<u>2ème</u> <u>semaine</u>	<u>3ème</u> <u>semaine</u>
1	400	700	900
2	350	800	1000
3	400	500	700
4	800	700	600
5	600	500	500
6	800	700	800
7	1000	1000	900

13ème cas.

Madame D.J., 58 ans, entrée le 2 juillet 1963, sortie le 22 juillet 63.

Diagnostic : crise d'œdème subaigu du poumon chez une insuffisance
cardiaque.

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

Signes cliniques : dyspnée, asthénie, subictère, arythmie complète, râles crépitants à la base gauche, râles sous-crépitanants à la base droite, foie légèrement augmenté de volume, peu douloureux, pas de reflux, oedème du membre inférieur droit, varices, gros souffle systolique, fièvre à 38°5.

<u>Traitement</u> : à l'entrée :	régime désodé	carena
	saignée (700 cm3)	diamox (3 jours)
	théophylline	novurit

ensuite relai par :

digitaline	Fovane (2 comprimés tous les 2 jours durant 6 jours).
terramycine	ensuite (2 comprimés tous les 3 jours)
tridocemine	K 1 g tous les jours durant 6 jours puis 2 g tous les jours.

Evolution : la malade sort rééquilibrée, sans dyspnée, sans ascite, avec un traitement de digitaliques et de benzthiazide (entretien) ; ionogramme à pratiquer toutes les semaines.

Bilan : V.S. : 14/36 T.A. : 17/10 puis 15/8
numération normale (éosinophiles : 11)
poids : à l'entrée 64 kg, puis 62,700 kg, 62,200 kg, 63,400 kg
à la sortie 64,800 kg

E.C.G. : fibrillation auriculaire

acide urique : 62 mg/litre

complet hépatique : légèrement perturbé (bilirubine : 16 mg)

cholestérol total : 1,80

cholestérol estérifié : 1,00

rapport $\frac{E}{T} : 0,55$

test d'Addis : 4200

B/W : négatif

1. The first part of the report, covering the period from 1945 to 1947, is devoted to a general survey of the situation in the country. It deals with the political, economic, and social conditions, and with the progress of the reconstruction work.

2. The second part of the report, covering the period from 1948 to 1949, is devoted to a detailed study of the economic situation. It deals with the production of goods and services, the distribution of income, and the balance of payments.

3. The third part of the report, covering the period from 1950 to 1951, is devoted to a study of the social situation. It deals with the population, the labor force, and the social services.

4. The fourth part of the report, covering the period from 1952 to 1953, is devoted to a study of the political situation. It deals with the government, the opposition, and the political parties.

5. The fifth part of the report, covering the period from 1954 to 1955, is devoted to a study of the international situation. It deals with the relations of the country with the other countries of the world.

6. The sixth part of the report, covering the period from 1956 to 1957, is devoted to a study of the future of the country. It deals with the prospects for economic development, social progress, and political stability.

7. The seventh part of the report, covering the period from 1958 to 1959, is devoted to a study of the role of the United Nations. It deals with the contributions of the country to the work of the United Nations, and with the role of the United Nations in the development of the country.

8. The eighth part of the report, covering the period from 1960 to 1961, is devoted to a study of the role of the United Nations. It deals with the contributions of the country to the work of the United Nations, and with the role of the United Nations in the development of the country.

9. The ninth part of the report, covering the period from 1962 to 1963, is devoted to a study of the role of the United Nations. It deals with the contributions of the country to the work of the United Nations, and with the role of the United Nations in the development of the country.

10. The tenth part of the report, covering the period from 1964 to 1965, is devoted to a study of the role of the United Nations. It deals with the contributions of the country to the work of the United Nations, and with the role of the United Nations in the development of the country.

11. The eleventh part of the report, covering the period from 1966 to 1967, is devoted to a study of the role of the United Nations. It deals with the contributions of the country to the work of the United Nations, and with the role of the United Nations in the development of the country.

12. The twelfth part of the report, covering the period from 1968 to 1969, is devoted to a study of the role of the United Nations. It deals with the contributions of the country to the work of the United Nations, and with the role of the United Nations in the development of the country.

13. The thirteenth part of the report, covering the period from 1970 to 1971, is devoted to a study of the role of the United Nations. It deals with the contributions of the country to the work of the United Nations, and with the role of the United Nations in the development of the country.

14. The fourteenth part of the report, covering the period from 1972 to 1973, is devoted to a study of the role of the United Nations. It deals with the contributions of the country to the work of the United Nations, and with the role of the United Nations in the development of the country.

15. The fifteenth part of the report, covering the period from 1974 to 1975, is devoted to a study of the role of the United Nations. It deals with the contributions of the country to the work of the United Nations, and with the role of the United Nations in the development of the country.

16. The sixteenth part of the report, covering the period from 1976 to 1977, is devoted to a study of the role of the United Nations. It deals with the contributions of the country to the work of the United Nations, and with the role of the United Nations in the development of the country.

17. The seventeenth part of the report, covering the period from 1978 to 1979, is devoted to a study of the role of the United Nations. It deals with the contributions of the country to the work of the United Nations, and with the role of the United Nations in the development of the country.

18. The eighteenth part of the report, covering the period from 1980 to 1981, is devoted to a study of the role of the United Nations. It deals with the contributions of the country to the work of the United Nations, and with the role of the United Nations in the development of the country.

19. The nineteenth part of the report, covering the period from 1982 to 1983, is devoted to a study of the role of the United Nations. It deals with the contributions of the country to the work of the United Nations, and with the role of the United Nations in the development of the country.

20. The twentieth part of the report, covering the period from 1984 to 1985, is devoted to a study of the role of the United Nations. It deals with the contributions of the country to the work of the United Nations, and with the role of the United Nations in the development of the country.

21. The twenty-first part of the report, covering the period from 1986 to 1987, is devoted to a study of the role of the United Nations. It deals with the contributions of the country to the work of the United Nations, and with the role of the United Nations in the development of the country.

<u>Ionogramme :</u>	<u>4 juillet</u>	<u>20 juillet</u>
Cl	104	100
Na	130	133
K	3,9	4,99
RA	27	27
urée	0,38	0,42
glycémie	1,08	1,12
delta c.	0°55	0°56

Diurèse 24 heures

	1ère semaine	2ème semaine	3ème semaine
1	2100	1900	1400
2	2500	1900	1600
3	2500	1700	500
4	1700	1200	1600
5	1400	1300	1400
6	1400	900	1300
7	700	500	1300

Ici nous constatons deux chutes brutales de la diurèse, correspondant aux inter-cures mais nous n'avons trouvé aucune raison (à moins que le recueil des urines n'ait été faussé).

14ème cas.

Madame T. Thérèse, 54 ans, entrée le 8 juillet 1963, sortie le 24 juillet 1963.

Diagnostic : insuffisance cardiaque.

Signes cliniques : oedèmes bilatéraux des membre inférieurs, tachycardie, gros foie (4 travers de doigt), reflux hépato-jugulaire, dyspnée importante, asthénie, légère matité aux deux bases diminution du murmure vésiculaire à gauche, soufflé systolique intense, hypertension à l'entrée : 22 - 14.

Traitement : serpasil digitaline
 théophylline régime désodé
 stryadine Fovane (2 comprimés 3 jours) 1 g de K tous les jours.

1911

1912

1913

1914

1915

1916

1917

1918

1919

1920

1921

1922

1923

1924

1925

1926

1927

1928

1929

1930

1931

1932

1933

1934

1935

1936

1937

1938

1939

1940

1941

1942

1943

1944

1945

1946

1947

1948

1949

1950

1951

1952

1953

The following table shows the number of persons who have been
admitted to the hospital since the beginning of the year 1911.
The number of persons who have been admitted to the hospital
since the beginning of the year 1911 is 1,000.

1911

1912

The following table shows the number of persons who have been
admitted to the hospital since the beginning of the year 1911.
The number of persons who have been admitted to the hospital
since the beginning of the year 1911 is 1,000.

1913

The following table shows the number of persons who have been
admitted to the hospital since the beginning of the year 1911.
The number of persons who have been admitted to the hospital
since the beginning of the year 1911 is 1,000.

1914

1915

The following table shows the number of persons who have been
admitted to the hospital since the beginning of the year 1911.
The number of persons who have been admitted to the hospital
since the beginning of the year 1911 is 1,000.

Evolution : disparition des oedèmes, de la dyspnée, T.A. retablie, souffle persistant. La malade part se reposer à la campagne avec le même traitement.

Résultat assez bon, malgré une diurèse modeste.

Bilan :

<u>poids</u>	: 56,150 kg, 53,400 kg, 52,100 kg, 53,200 kg
<u>T.A.</u>	: 22/14 ensuite autour de 15/9
<u>test d'Addis</u>	: 410, ensuite 420
<u>acide urique</u>	: 52 mg/litre
<u>E.C.G.</u>	: surcharge droite
<u>numération</u>	: normale
<u>V.S.</u>	: 9/24
<u>complet hépatique</u>	: perturbé : bilirubine : 14 mg albumine : 31 g Hanger : +
<u>Na urinaire</u>	: sur 1200 ml : 2,75 g/litre ou 3,30 g/24 h.
<u>K urinaire</u>	: 0,39 g/litre ou 0,46 g/24 heures
<u>examen cyto bactériologique</u>	: normal

Ionogramme :

	<u>10 juillet</u>	<u>22 juillet</u>
Cl	108	105
Na	147	135
K	4,4	4,7
RA	26	26
Glycémie	1,04	1,08
urée	0,32	0,36
delta c.	0°60	0°60

Diurèse :

	<u>1ère semaine</u>	<u>2ème semaine</u>
1	500	900
2	900	400
3	500	400
4	1100	900
5	1200	1100
6	1200	1000
7	2100	1000

15ème cas.

Monsieur R. Lucien, 60 ans, entré le 23 mai 1963, sorti le 24 juin 63.

Diagnostic : coeur pulmonaire chronique

Signes cliniques : tachycardie, dyspnée, gros foie douloureux, reflux hépato-jugulaire, T.A. 15/9, oedème de la cheville droite, discret à gauche, bruits assourdis.

Traitement : digitaline

régime désodé

carena

terramycine

Fovane (2 comprimés 4 jours

par semaine) Cl K 2 g par jour.

Evolution : disparition des oedèmes, de la dyspnée, diurèse modeste

Bilan :

poids à l'entrée	: 71 kg	numération : normale
poids à la sortie	: 70 kg	taux de prothrombine : 77 %
test d'Addis	: 650 et 825	
complet hépatique	: normal	
V.S.	: 11/24	
Na urinaire	: 1300 ml : 1,823 g/litre ou 2,130/24 heures	
(fin de séjour)		
urée urinaire	: 15 g/litre	

Ionogramme :

	<u>25 mai</u>	<u>11 juin</u>	<u>21 juin</u>
Cl	110	108	104
Na	135	131	132
K	3,9	4,1	4,4
urée	0,41	0,42	0,45
RA	28	28	30
glycémie :	1,10	1,10	1,12
delta c.	0°56	0°56	0°57

... ..

[illegible]

1990

Journal of Management Studies, 19(1), 67-80.

... ..

... ..

1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.

...and the ...

[illegible]

Reference: 10-100000-100000

1940

... ..

[illegible]

[illegible]

Ionogramme : (nous n'avons pu l'obtenir qu'à la sortie)

	<u>22 juillet</u>
Cl	106
Na	131
K	5, 1
RA	33
urée	0, 36
glycémie	1, 09
delta c.	0°57

Dirrèse :

	1ère semaine	2ème semaine	3ème semaine	4ème semaine
1	700	1100	1200	900
2	800	1000	1200	1100
3	1000	1800	1100	1500
4	1500	2100	1000	1100
5	1700	2500	1300	1100
6	2000	2200	1500	1000
7	1900	1700	1500	

17ème cas.

Monsieur G. Raoul, 64 ans, entré le 24 juin, sorti le 15 juillet 1963.

Diagnostic : insuffisance cardiaque chez un ancien infarctus.

Signes cliniques : bruit de galop, dyspnée, oedèmes discrets des deux membres inférieurs, foie légèrement augmenté, pas de reflux, oligurie, T.A. un peu pincée : 13/10.

<u>Traitement :</u>	régime désodé	cortancyl
	cedilanide	Fovane (2 comprimés 3 jours par semaine).
	carena	K : 2 g.

Evolution : la dyspnée disparaît, ainsi que les oedèmes. Le traitement identique à la sortie, se poursuivra pendant la convalescence.

Tous les examens classiques sont normaux. Bon résultat.

[illegible]

Ionogramme :

	<u>26 juin</u>	<u>13 juillet</u>
Cl	105	103
Na	134	131
K	4,8	5,3
RA	30	33
Urée	0,45	0,48
Glycémie	0,98	1,04
Delta c.	0°58	0°59

Diurèse moyenne

	<u>1ère semaine</u>	<u>2ème semaine</u>	<u>3ème semaine</u>
1	700	800	1100
2	1100	1100	1000
3	1500	1300	1000
4	1500	1500	1000
5	1400	1500	1100
6	1300	1400	1200
7	1000	1300	-

18ème cas.

Monsieur D. Gaston, 62 ans, entré le 2 juin 1963, sorti le 22 juin 1963.

Diagnostic : sclérose hépatique -(non décompensée).

Signes cliniques : oligurie, oedème des deux membres inférieurs, gros foie, ascite, tremblements des extrémités, légère circulation collatérale, fièvre.

Traitement :

régime désodé	pénicilline
vitamine B	Fovane (2 comprimés 3 fois par
extrait hépatique	semaine)
	K : 3 g les 3 premiers jours
soludécadron	puis 2 g.

Evolution : amélioration : oedèmes et ascite fondus, diurèse moyenne, bon résultat. Reprise de poids.

	début	fin
Cl	111	106
Na	134	132
K	4,3	4,7
RA	31	30
urée	0,48	0,50
glycémie	1,13	1,16
delta c.	0°57	0°58

1,94 g/litre ou 2,14 g/24 heures

	<u>1ère semaine</u>	<u>2ème semaine</u>	<u>3ème semaine</u>
1	500	700	900
2	500	1100	1100
3	800	1000	1200
4	900	1000	1100
5	900	1200	1200
6	900	1000	1200
7	1100	900	-

Monsieur L. Maurice, 53 ans, entré le 3 juillet 1963, sorti le 17 1963.

Signes cliniques : dyspnée d'effort, foie légèrement augmenté de volume, oedème discret des membres inférieurs, E.C.G. perturbé : déviation axiale gauche, fourmillement des extrémités, clangor, mouches volantes matinales, tachycardie.

Traitement : régime hyposodé Fovane (2 comprimés par jour durant
digitaliques mineurs 5 jours) ensuite 2 comprimés tous les
lenterules de phéno- 2 jours K : 2 g.
barbital

A sa sortie entretien avec 1 comprimé tous les 2 jours et dérivés du Rauwolfia.

Evolution : baisse de la T.A., diurèse moyenne, résultat assez bon.

Bilan : T.A. : 22 / 12 - à la sortie 17 / 9
 poids : 69 kg. - à la sortie : 67 kg
 test d'Addis : 650 - 725
 complet hépatique : normal
 numération : légère anémie
 fond d'oeil : perturbé
 V.S. : 12 / 29.

Ionogramme :

	<u>5 juillet</u>	<u>15 juillet</u>
Cl	101	98
Na	130	133
K	4,1	4,8
RA	31	33
urée	0,28	0,28
glycémie	1,10	1,12
delta	0°57	0°57

Diurèse :

	<u>1ère semaine</u>	<u>2ème semaine</u>
1	600	1000
2	1100	1100
3	1200	800
4	1400	700
5	1400	900
6	800	1000
7	700	1200

20ème cas.

Madame P. Arlette, 68 ans, entrée le 25 juin 1963, sortie le 10 juillet

63.

Diagnostic : insuffisance cardiaque secondaire à un rétrécissement mitral ancien.

Signes cliniques : bruit de galop, dyspnée de repos et d'effort, oedème important des membres inférieurs, gros foie douloureux, et reflux hépato-jugulaire, cyanose, amaigrissement.

Traitement : régime désodé digitaliques
 anticoagulants Fovane (2 comprimés 3 jours par semaine
 K 2 g.

Evolution : bonne ; fonte des oedèmes, ne regrossit pas ; la malade part en convalescence avec le même traitement.

Bilan : T.A. 13 / 8 et 12 / 7
 test d'Addis 250 - 265
 complet hépatique : légèrement perturbé
 V.S. normale
 E.C.G. petite déviation axiale droite
 transminases : normales
 poids : 72 kg - 70 kg
 Na urinaire : début fin
 1500 ml : 2,10 g/litre 2000 ml : 2,50 g/litre
 soit 3,10 g/24 heures soit 4,20 g/24 heures.

Ionogramme

	<u>Diurèse</u>				
	<u>27 juin</u>	<u>8 juillet</u>	<u>1ère</u> <u>semaine</u>	<u>2ème</u> <u>semaine</u>	<u>3ème</u> <u>semaine</u>
Cl	105	101	1 900	1100	1000
Na	140	133	2 1500	1300	
K	3,9	4,5	3 1990	1500	
RA	29	31	4 2200	1600	
urée	0,46	0,50	5 1800	2000	
glycémie	1,15	1,16	6 1500	1500	
delta C.	0°58	0°58	7 1300	1300	

21ème cas.

Monsieur L. Gaspard, 55 ans, entré le 28 juillet 1963, sorti le 21 août 1963.

Diagnostic : cirrhose éthylique chez un paludéen

Signes cliniques : ascite, perte d'appétit, hépatomégalie, tests biologiques très perturbés, circulation collatérale, oedèmes des membres inférieurs, cauchemars, troubles digestifs, tremblements, crampes dans les mollets, oligurie.

globulines	42	34
rapport $\frac{A}{G}$	0,76	1
thymol test Mac La-		
gan :	55° V.	3° V.
Hanger	+++	(—)
urée	----	0,20
glycémie	-----	0,82

Ionogramme :

	<u>29 juillet</u>	<u>6 août</u>
Cl	99	103
Na	135	130
K	4,3	4,11
RA	27	27
Urée	0,20	0,20
Glycémie	1	1
Delta c.	0°57	0°56

Diurèse : action assez brutale, mais variation nette.

	<u>1ère semaine</u>	<u>2ème semaine</u>	<u>3ème semaine</u>
1	500	1400	1500
2	600	2500	1300
3	3200	1500	900
4	2250	2000	1600
5	3250	2000	2000
6	1300	1500	1600
7	1000	2000	1700

22ème cas.

Monsieur M.C., 64 ans, entré le 28 juillet 1963, sorti le 17 septembre 1963.

Diagnostic : insuffisance cardiaque chez un ancien infarctus.

Page 1

Date

Subject

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Page

Signes cliniques : tachyarythmie, pas d'oedème, oligurie, légère dyspnée, troubles digestifs, H.T.A. (20 / 10 - à la sortie : 16 / 9)

Traitement : régime hyposodé phenobarbital
cedilanide librium
neutraphylline carena
papaverine
Fovane : 2 comprimés 3 jours par semaine K : 2 g
au bout de la 4^e cure, 1 comprimé 3 jours K : même dose

Evolution : résultat très modeste, pas de crise de polyurie, le malade a même grossi.

Bilan incomplet

numération, V.S. complet hépatique : normaux
test d'Addis : 7000 hématies / minute
le 5/9/63.

Ionogramme incomplet

	23 juillet	5 septembre	17 septembre
Cl	110	112	115
Na	139	139	143
K	4,1	4,7	5,10
RA	26,8	30	32
urée	0,50	0,60	0,60
glycémie	1,08	1,10	1,11
delta c.	0°58	0°56	0°58

Na urinaire : le 7.9.63 : sur 1000 ml : 1,00 g/litre soit 1,00 g/24 heures.

Diurèse :

	<u>1ère semaine</u>	<u>2ème semaine</u>	<u>3ème semaine</u>	<u>4ème semaine</u>
1	1000	400	400	1000
2	1400	400	1000	arrêt de la courbe de
3	1600	500	500	diurèse par l'indoc
4	700	600	600	lité du malade.
5	800	300	500	
6	800	300	500	
7	300	600	500	

1. The first part of the report deals with the general situation of the country and the progress of the work.

2. The second part deals with the results of the work and the progress of the work.

3. The third part deals with the results of the work and the progress of the work.

4. The fourth part deals with the results of the work and the progress of the work.

5. The fifth part deals with the results of the work and the progress of the work.

6. The sixth part deals with the results of the work and the progress of the work.

7. The seventh part deals with the results of the work and the progress of the work.

8. The eighth part deals with the results of the work and the progress of the work.

9. The ninth part deals with the results of the work and the progress of the work.

10. The tenth part deals with the results of the work and the progress of the work.

11. The eleventh part deals with the results of the work and the progress of the work.

12. The twelfth part deals with the results of the work and the progress of the work.

13. The thirteenth part deals with the results of the work and the progress of the work.

14. The fourteenth part deals with the results of the work and the progress of the work.

15. The fifteenth part deals with the results of the work and the progress of the work.

16. The sixteenth part deals with the results of the work and the progress of the work.

17. The seventeenth part deals with the results of the work and the progress of the work.

18. The eighteenth part deals with the results of the work and the progress of the work.

19. The nineteenth part deals with the results of the work and the progress of the work.

20. The twentieth part deals with the results of the work and the progress of the work.

21. The twenty-first part deals with the results of the work and the progress of the work.

22. The twenty-second part deals with the results of the work and the progress of the work.

23. The twenty-third part deals with the results of the work and the progress of the work.

24. The twenty-fourth part deals with the results of the work and the progress of the work.

25. The twenty-fifth part deals with the results of the work and the progress of the work.

26. The twenty-sixth part deals with the results of the work and the progress of the work.

27. The twenty-seventh part deals with the results of the work and the progress of the work.

28. The twenty-eighth part deals with the results of the work and the progress of the work.

29. The twenty-ninth part deals with the results of the work and the progress of the work.

30. The thirtieth part deals with the results of the work and the progress of the work.

Diurèse assez faible ; résultat médiocre.

23ème cas.

Madame C. Suzanne, 60 ans, entrée le 20 août, sortie le 14 septembre 1963.

Diagnostic : cirrhose éthylique.

Signes cliniques : ascite libre, circulation collatérale, asthénie, amaigrissement, tremblements, nervosité, oligurie, troubles digestifs et vomissements, foie non palpable pas d'œdème, crampes aux mollets, un ganglion cervical haut droit T.A. 11 / 6

Traitement : régime désodé vitamine K 1
vitamine B 12 nautamine
extrait hépatique largactil
nembutal B 1 et nicobion
K : petite surcharge de 3 g. durant 4 jours
Fovane 2 comprimés 3 jours par semaine et 2 g. de K.

Evolution : amélioration sur le plan fonctionnel. Diurèse moyenne, mais plus élevée incontestablement qu'à l'entrée. Même traitement à la sortie.

Bilan : poids : 42, 850 et 41, 650 Kg.

numération : G.R. 3.120.000 , G.B. 5.860

G.R. 2.350.000 , G.B. 5.840

V.S. 56 / 92

ponction d'ascite : polynucléaires : 8 %

lymphocytes : 38 %

albumines : 40 g/litre

cellules : 54 %

rivalta : +

ammoniac sanguin : 0,75 mg par litre donc Normal

B.W. négatif

... ..

Journal of Management Studies, 19(1), 67-80.

100

1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.

100

complet hépatique le 21 août

urée	0,20
glycémie	0,92
cholestérol total	1,96
cholestérol estérifié	0,86
rapport $\frac{E}{T}$	0,44
bilirubine	16 mg
protides totaux	69
albumines	30
globulines	39
thymol	12
Hanger	(—)

Ionogramme

	<u>21 août</u>	<u>13 septembre</u>
Cl	108	101
Na	135	130
K	4,8	4,4
RA	22,3	30
Urée	0,20	0,20
Delta c.	0°57	0°56

Na urinaire : sur 100 ml : 0,88 g/litre ou 0,09 g/24 heures.

électrophorèse : chute des albumines (43,5 %)

augmentation des gammas globulines (33)

Diurèse :

	<u>1ère semaine</u>	<u>2ème semaine</u>	<u>3ème semaine</u>	<u>4ème semaine</u>
1	100	800	500	1000
2	100	700	900	1200
3	100	500	1200	1200
4	100	400	1200	
5	300	1000	1100	
6	400	1200	1000	
7	200	600	700	

5. The fifth part of the document describes the various methods used to disseminate information. This includes the use of newsletters, websites, and social media.

Continued on page 2

Appendix A

Table 1

Year	2010	2011	2012
Q1	12.5	13.2	14.1
Q2	11.8	12.5	13.4
Q3	13.1	13.8	14.5
Q4	12.9	13.6	14.3

The data presented in Table 1 shows a general upward trend in the values for each quarter from 2010 to 2012. The values for Q1 and Q4 are consistently higher than those for Q2 and Q3.

Continued on page 3

Category	Sub-category	Value
A	A1	10.2
	A2	11.5
	A3	12.8
	A4	13.1
B	B1	14.3
	B2	15.6
	B3	16.9
	B4	17.2
C	C1	18.5
	C2	19.8
	C3	21.1
	C4	22.4

24ème cas.

Monsieur R. Gérard, 60 ans, entré le 5 juillet 1963, sorti le 27 juillet 1963.

Diagnostic : hypertension artérielle (22 - 12) chez un obèse (89 kg).

Signes cliniques : tachycardie, dyspnée d'effort, souffle systolique apexien, troubles visuels, clangor.

Traitement : régime

extrait thyroïdien (abandonné à son entrée, car mal supporté)

tonicardiaques mineurs

théophylline

vasodilatateurs

Fovane 2 comprimés 4 jours sur 6

K : 1 g par jour.

Evolution : T.A. à 18 - 10 à sa sortie, amaigrissement de 10 kg, disparition de la dyspnée, mais persistance du souffle, les petits troubles hypertensifs sont très diminués et irréguliers ; bonne diurèse ; résultat reconfortant.

<u>Ionogramme</u>	<u>entrée</u>	<u>sortie</u>
Cl	107	104
Na	143	140
K	4,2	4,1
RA	27,	27
urée	0,33	0,35
glycémie	1,20	1,16
delta	0°58	0°58

<u>Diurèse :</u>	<u>1ère semaine</u>	<u>2ème semaine</u>	<u>3ème semaine</u>
1	700	1800	2100
2	1700	2100	2200
3	1700	2000	2000
4	1800	2100	1600
5	1900	1700	1600
6	1600	1600	1800
7	1500	1900	1800.

The first of the year was a very dry one, and the crops were much affected. The weather was very hot, and the crops were much affected. The first of the year was a very dry one, and the crops were much affected. The weather was very hot, and the crops were much affected.

The second of the year was a very wet one, and the crops were much affected. The weather was very cold, and the crops were much affected. The second of the year was a very wet one, and the crops were much affected. The weather was very cold, and the crops were much affected.

The third of the year was a very dry one, and the crops were much affected. The weather was very hot, and the crops were much affected. The third of the year was a very dry one, and the crops were much affected. The weather was very hot, and the crops were much affected.

The fourth of the year was a very wet one, and the crops were much affected. The weather was very cold, and the crops were much affected. The fourth of the year was a very wet one, and the crops were much affected. The weather was very cold, and the crops were much affected.

The fifth of the year was a very dry one, and the crops were much affected. The weather was very hot, and the crops were much affected. The fifth of the year was a very dry one, and the crops were much affected. The weather was very hot, and the crops were much affected.

Ici, prennent fin les énumérations de nos 24 cas étudiés sur des malades hospitalisés. Nous avons également essayé la Benzthiazide en dehors de l'hôpital, chez plusieurs étudiantes volontaires, dans 4 cas de syndromes pré-menstruels ; nous l'avons donné à la dose de 1 à 2 comprimés par jour les trois jours précédant les règles et 1 g de K pour 3 jours. Les 4 fois on nous a signalé : une perte de poids de 1 kg environ, un "certain bien-être", une tension mammaire moins pénible, une sensation de "chevilles moins gonflées". Nous ne possédons, évidemment aucun chiffre à l'appui, cet essai s'étant effectué "ex-cathedra" ; il serait néanmoins souhaitable de poursuivre cette expérimentation, nombre de femmes pourraient être soulagées, nous n'en doutons pas.

A présent voici quelques considérations sur nos résultats, l'expérimentation a été effectuée sur 28 patients (19 hommes et 9 femmes).

Moyens d'études : cliniques et laboratoires.

Nous avons suivi les malades dès leur entrée par la clinique, le traitement, le régime alimentaire et l'évolution ; nous avons pratiqué chaque fois un bilan général (d'où l'importance du laboratoire) comprenant d'abord les examens classiques :

- poids, tension artérielle, radiographies diverses, électrocardiogramme, taux de prothrombine, numérations, fond d'oeil etc...

et surtout les ionogrammes (2 au minimum, parfois 3) notamment à l'entrée du malade, après quelques jours, à la sortie.

Puis encore l'évolution du poids, du Na urinaire (assez difficile à pratiquer pour des raisons techniques).

THE HISTORY OF THE

REIGN OF THE EMPEROR OF THE ROMAN EMPIRE

FROM THE DEATH OF THE EMPEROR NERO TO THE

DEATH OF THE EMPEROR VESPASIAN

BY THE REV. JOHN BISHOP, D.D.

OF THE UNIVERSITY OF OXFORD

IN TWO VOLUMES

LONDON: PRINTED BY J. B. ALDINE, ST. MARTIN'S LANE, 1789.

THE HISTORY OF THE

REIGN OF THE EMPEROR OF THE ROMAN EMPIRE

FROM THE DEATH OF THE EMPEROR NERO TO THE

DEATH OF THE EMPEROR VESPASIAN

BY THE REV. JOHN BISHOP, D.D.

OF THE UNIVERSITY OF OXFORD

IN TWO VOLUMES

LONDON: PRINTED BY J. B. ALDINE, ST. MARTIN'S LANE, 1789.

THE HISTORY OF THE

REIGN OF THE EMPEROR OF THE ROMAN EMPIRE

FROM THE DEATH OF THE EMPEROR NERO TO THE

DEATH OF THE EMPEROR VESPASIAN

BY THE REV. JOHN BISHOP, D.D.

OF THE UNIVERSITY OF OXFORD

IN TWO VOLUMES

LONDON: PRINTED BY J. B. ALDINE, ST. MARTIN'S LANE, 1789.

THE HISTORY OF THE

REIGN OF THE EMPEROR OF THE ROMAN EMPIRE

FROM THE DEATH OF THE EMPEROR NERO TO THE

DEATH OF THE EMPEROR VESPASIAN

Nous avons apprécié l'importance de la diurèse (également difficile dans certains cas par la négligence ou l'oubli des malades). Son évaluation a permis de situer rapidement, soit par des courbes en salle, soit dans cette étude par des chiffres correspondants, l'efficacité du produit. Et souvent, même avant les examens de laboratoire, nous avons "sentí" que le produit agirait dans le sens souhaité.

Le test d'Addis a souvent été pratiqué, reflétant l'intégrité ou l'altération des fonctions rénales. Nous rappelons qu'avec le Diurilix, des cas d'altération rénale ont été signalés dans la littérature médicale. Avec nos observations, le résultat est probant : il existe parfois une légère augmentation du test d'Addis isolément, sans hyperazotémie, sans altération de la clearance urinaire.

Certains chiffres peuvent paraître discordants ou paradoxaux, ceux du Na urinaire plutôt par défaut que par excès, ceci est évidemment du ressort du laboratoire.

Nous n'avons pas jugé utile de pratiquer le dosage du K urinaire, car automatiquement dans toute thérapeutique nous avons prescrit du K.

Les essais ont été effectués sur :

a - 9 cardiaques comportant des insuffisances cardiaques droite et gauche, ou globale ancienne, le plus souvent associées à un coeur pulmonaire chronique.

b - 3 hypertensions artérielles permanentes (dont une avec obésité).

c - 7 cas de cirrhoses, vraisemblablement éthyliques.

d - 4 pulmonaires : deux insuffisances respiratoires type emphysémateux et bronchitiques

deux tuberculoses pulmonaires communes, dans lesquelles nous avons uniquement cherché à provoquer une diurèse abondante pour éliminer le Na du P.A.S., résultat intéressant du reste.

The first of these is the fact that the
... and ... of the ...
... the ... of the ...
... the ... of the ...
... the ... of the ...

The second of these is the fact that the
... and ... of the ...
... the ... of the ...
... the ... of the ...
... the ... of the ...

The third of these is the fact that the
... and ... of the ...
... the ... of the ...
... the ... of the ...
... the ... of the ...

The fourth of these is the fact that the
... and ... of the ...
... the ... of the ...
... the ... of the ...
... the ... of the ...

The fifth of these is the fact that the
... and ... of the ...
... the ... of the ...
... the ... of the ...
... the ... of the ...

e - un cancer de la prostate avec accident rétensif dû à un excès d'hormonothérapie et à un écart de régime.

f - enfin des syndromes pré-menstruels, que nous n'avons pas eu l'occasion de pouvoir chiffrer.

Sur ces 28 cas nous avons 24 résultats chiffrés et 4 cas qualitatifs.

Nous avons constaté 5 échecs véritables (décès compris) ou résultats médiocres, malgré parfois un démarrage positif, ceci dû vraisemblablement à une thérapeutique mise en oeuvre trop tard, ou en période de décompensation irréversible.

Echec donc dans un cas d'insuffisance cardiaque, un cas d'hypertension artérielle, et 3 cas de cirrhose. Incontestablement les insuffisances cardiaques primitives ou anciennes (mais bien tolérées) ont donné les résultats les plus satisfaisants et les plus intéressants ; tout au moins, lors des 2 ou 3 premières cures, l'action allant en s'épuisant en cas de décompensation ; même dans ce cas, l'essai d'une médication classique, type aldactone ou diurilix, dans notre service hospitalier n'a pas mieux agi que la benzthiazide (dans 3 des 5 échecs, il en a été ainsi).

Avec les cirrhoses ascitiques ou oedémateuses, les résultats sont beaucoup moins satisfaisants à la longue. Au début, le plus souvent nous assistons à une débacle urinaire ensuite l'action cesse. Nous pensons que ceci provient d'abord, de l'état pratiquement irréversible de sclérose hépatique avancée, ensuite de la très grande sensibilité ionique du milieu intérieur de l'organisme. C'est pourquoi nous avons pratiqué fréquemment des bilans ioniques, en surveillant les variations brutales et dangereuses du potassium ; ce qui a fait pratiquer, quand cela était possible, une certaine surcharge potassique les 4 ou 6 jours précédant le traitement par la benzthiazide.

Enfin, nous signalons une nouveauté (que nous n'avons retrouvée dans aucune publication) la cure de Fovane et de K chez deux tuberculeux, traités au P.A.S., pour chasser l'excès de liquide, ce qui provoque, paradoxalement, une prise de poids consécutif au traitement général (régime

notamment, repos etc ...), et perte par diurèse provoquée ; ceci est une expérimentation à poursuivre et spécialement dans des services de pneumo-phtisiologie. Le plus souvent, nous avons donné : 2 comprimés (parfois 3) 3 fois par semaine, 2 à 3 cures au minimum, parfois une 4ème, accompagnée de 2 g de K ou 1 g de tous les jours, parfois durant l'inter-cure. Ceci reste un schéma assez logique. Parfois nous avons donné une surcharge potassique, répétons-le, notamment dans les cirrhoses liquidiennes, 4 à 6 jours préalablement.

Dans l'obésité moyenne, l'hypertension artérielle peu élevée, et les syndromes pré-menstruels, nous avons donné : 1 comprimé par jour, ce qui constitue une base raisonnable et 0,25 à 0,50 g de K, dose suffisante.

En résumé : nous avons constaté de bons résultats, peu d'échecs, une diurèse précoce diminuée dans les inter-cures, l'élimination nette du Na urinaire et du K prouvée par les examens biologiques, l'assèchement des oedèmes, des ascites, le désencombrement pulmonaire chez des insuffisants respiratoires chroniques (bronchitiques chroniques et emphysémateux).

Nous constatons que l'action est plus avantageuse qu'avec le diamox, car le fovane ne comporte aucun inconvénient et son maniement est très facile. On ne constate aucune altération rénale, mais une amélioration des signes fonctionnels des hypertendus et des femmes en pré-menstruation, et enfin on révèle très peu de contre-indications insuffisance rénale prouvée par la clearance). Nous n'avons pu l'expérimenter dans une toxémie gravidique.

CONCLUSION

La Benzthiazide ou Fovane, salidiurétique sulfamidé, dérivé de la chlorothiazide a été utilisée chez 28 malades (19 hommes et 9 femmes) d'abord en cardiologie, ensuite en médecine générale, dans des cirrhoses, des insuffisances respiratoires, des tuberculoses traitées par le P.A.S. Le plus souvent, nous avons cherché à lutter contre tous les syndrômes de rétention hydrosaline, et, à condition de frapper assez vite et assez tôt, nous avons presque toujours obtenu de bons résultats.

Nous avons eu soin d'effectuer à l'entrée, au milieu du séjour, et à la sortie, tous les examens requis, tant cliniques qu'extra-cliniques (bilan de laboratoire), qui nous ont permis durant ces quelques mois de suivre nos malades avec le maximum d'efficacité. Nous avons adopté une posologie moyenne de 2 comprimés durant 3 jours, et 3 jours de repos, associée à 2 g de potassium, par prudence, pour éviter toute hypokaliémie, et ses conséquences sur le coeur, et la circulation périphérique.

Ce surplus de médication (le potassium) est un inconvénient bien mineur. Ceci constitue, en cardiologie, un schéma standard à retenir : cependant, comme on peut le constater dans nos observations en médecine générale, nous avons adopté une posologie plus souple, augmentant parfois la dose, par exemple, dans les cas de cirrhoses sévères, et parallèlement en augmentant celle du potassium (en surcharge 4 à 6 jours dès l'entrée du

Vu, le Président de Thèse :

Prof. Maurice DEROT.

Vu, le Doyen de la Faculté :

Prof. Gaston CORDIER

Vu et Permis d'Imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE.

- BIBLIOGRAPHIE -

CONSTANTOPOULOS et BILLIS -

Observations cliniques des états oedémateux traités par la Benzthiazide oral.

Acad. Med. oct. 1960.

DAVID J. -

Potassium et diurétiques.

EISALO et HEINIVAARA -

La Benzthiazide, nouveau diurétique oral.

Scandinavian J. Clin. et Lab. Invest. 12 : 315 - 1960.

FABRE -

Les oedèmes. Physiopathologie et les traitements de la rétention de sel et d'eau.

Masson, Paris (1959).

FABRE -

Le traitement des oedèmes.

Helv. Med. acta 23, 381.

FORD R. V. -

Pharmacologie humaine d'un nouveau diurétique non mercuriel : la benzthiazide. Fév. 60.

GUEDON -

Le traitement des oedèmes cardiaques par les nouveaux diurétiques.

Gaz. méd. de France 68 - L2, 1951.

GUILLEMAUP P. -

Les principaux agents diurétiques modernes.
Gaz. hôp. juin 1961, n° spécial 803,810.

HAUMAN R. L. et WELLER J. M. -

Etude de la 3-benzylthiométhyl - chlorothiazide, un nouveau diurétique.
Clin. Pharmacol. thérap. 1, L : 175 - 180, 1960.

HAVARD et WOOD -

Evaluation clinique d'un diurétique oral, la benzthiazide.
Bri. méd. J. 11 juin 1960, n° 51 - 188, 1773 - 1776, 3 tableaux,
2 figures.

HAVARD C. W. H. et PHILIP H. N. WOOD -

The effect of diuretics on renal water excretion in diabetes insipidus.
Clinical Science Vol. 21, n° 3, déc. 1961.

LELIEVRE A. -

Les diurétiques non mercuriels récents.
Concours Médical 4 mars 1961, 83, n° 9, 1239 - 1241.

LICHTWITZ et coll. -

L'effet hypocalciurique des sulfamides diurétiques.
Sem. des Hôp. 62 - 63 - 2350.

MOUQUIN -

Indications et choix des diurétiques dans l'insuffisance cardiaque.
Presse Méd. 18 mars 61, p. 595.

PIAN S. G., SCRIABINE A., Mc KERJCE et Mc LAMORE W/ M. -

Activités pharmacologiques de la benzthiazide, diurétique non mercuriel.
V. Pharmacol. exp. ther. 122 - 128, 1960.

PENSON J. -

Action diurétique du Fovane,
Przegląd Lekarski, 8 : 253, 1960.

PESCE A. et Rugiero G. -

Traitement diurétique et oedème d'origine rénal.
Minerva ginec. 12 : 152 - 15.2.60.

PRATESI -

Valeur d'une nouvelle substance diurétique du groupe chlorothiazide.
Gaz. Méd. Ital. 120, janvier 1961.

ROTTINI -

Résultats cliniques obtenus par un nouveau diurétique.
Gaz. Méd. Ital. 119, 2 - 1960.

SETTEL -

Evaluation de l'action thérapeutique de l'association Benzthiazide
Rescinnamine dans le traitement de l'hypertension artérielle.
J. Am. geriat. soc. 9 : 144, Fév. 1961.

TRICOT et MAURAT -

Les diurétiques.
Edit. Billière J. B. et fils.

WARENBURG H. et LEKIEFFRE J. -

Essai d'un nouveau salidiurétique : la benzthiazide P. 1393.
Lille med. Tome 7. Nov. 1962.

